

Om detta  
hjälpmedel

Positionering kan spela en roll i det förebyggande arbetet och behandlingen av höftlateralisering / höftledsluxation hos barn med cerebral pares, Gross Motor Function Classification System (GMFCS) [1] nivå IV-V. De kliniska rekommendationerna i detta verktyg är grundade på forskningsbevis som hänvisas till med referens (er) inom parentes. Detta verktyg förstärker klinisk praxis och ersätter inte klinisk bedömning, diskussion och utvärdering.

**VÄGLEDANDE PRINCIPER:** Eftersträva symmetri av bäcken, bål, nacke och huvud i alla positioner.

Ändra position för att uppmuntra motorisk utveckling och rörelse.

## SMÅBARN: 0–2 ÅRS ÅLDER

### RYGGLIGGANDE



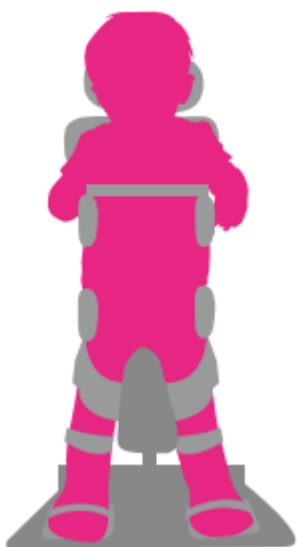
Använd rullar, kil och positioneringsanordningar som håller sin form.  
**RYGGLIGGANDE:** Introducera tidigt, på sjukhus om möjligt.  
**STÖD:** Från sidorna vid bäcken, bål och huvudet och ge stöd under låren och vader, hälar kan vara fria eller understödda. Undvik asymmetrisk liggande ställning [2].  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 15-30 ° [3]; höftflektion 10-40 °; och höft utåtrotation 5-30 °.  
**DOSERING:** Använd dagligen så mycket barnet tolererar.

### SITTANDE



Anpassa tillgängliga barnstolar, barnvagnar och / eller använd positioneringsutrustning som golvstolar eller små sittplatser.  
**SITTANDE:** Introducera vid cirka 5 månaders ålder utifrån vad spädbarnet tolererar. Eftersträva efterhand en upprätt position för att uppmuntra huvudkontrollen.  
**STÖD:** Lateralt vid bäcken, bål och huvud. Forma kuddar eller helt sittsystem för att uppmuntra höftabduktion och utåtrotation och plantigrad fotposition.  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 15-30 ° [3] om det tolereras och utåtrotation i höft 5-15 °.  
**DOSERING:** Använd dagligen så mycket barnet tolererar.

### STÅENDE



Använd ett upprätt stånd som ger stöd framifrån eller bakifrån.  
**STÅENDE:** Introducera stående vid 9-10 månaders ålder.  
**STÖD:** Huvud, bål, armar (via en bricka), bäcken, knä (via remmar över och under knät) och fot. Använd lutning för att ge huvudstöd men uppmuntra huvudkontroll.  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva minst 15 ° höftabduktion [4], mer om det tolereras av spädbarnet.  
**DOSERING:** Använd dagligen så mycket barnet tolererar.

### GÅENDE



Använd en kroppsstödjande rollator.  
**GÅSTOL:** Introducera promenader till spädbarn GMFCS IV, efter 10 månaders ålder.  
**STÖD:** Ge vid behov stöd från huvudet nedåt.  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva fri aktiv rörlighet.  
**DOSERING:** Använd dagligen så mycket barnet tolererar.

# Positionering för barn med cerebral pares GMFCS IV-V: med fokus på höftledhälsa

Om detta  
hjälpmedel

Positionering kan spela en roll i det förebyggande arbetet och behandlingen av höftlateralisering / höftledsluxation hos barn med cerebral pares, Gross Motor Function Classification System (GMFCS) [1] nivå IV-V. De kliniska rekommendationerna i detta verktyg är grundade på forskningsbevis som hänvisas till med referens (er) inom parentes. Detta verktyg förstärker klinisk praxis och ersätter inte klinisk bedömning, diskussion och utvärdering.

**VÅGLEDANDE PRINCIPER:** Eftersträva symmetri av bäcken, bål, nacke och huvud i alla positioner.  
Ändra position för att uppmuntra motorisk utveckling och rörelse.

## BARN: 2 TILL 6 ÅRS ÅLDER

### RYGGLIGGANDE



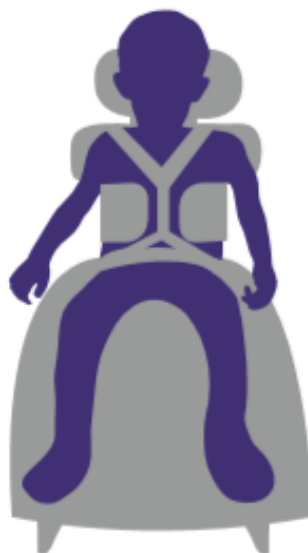
Använd positioneringskuddar, rullar, kilar och positioneringsanordningar som håller sin form.

**STÖD:** I sidled vid bäcken, bål och huvud och stöd under lår och vader. Hämlarna kan vara fria eller understödda.

**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 20 ° [3,5] och höftflexion 0–15 ° och utåtrotation i höft 5–15 °.

**DOSERING:** Så mycket barnet tolererar.

### SITTANDE



Fortsätt använda positioneringsutrustning som små säten som kan lutas eller förflyttas. Eftersträva efterhand en mer upprätt position för att uppmuntra huvudkontroll när den utvecklas.

**STÖD:** Vid huvudet, bål, bäcken, lår och fötter. Forma kuddar och / eller sittsystem för att uppmuntra höftabduktion och utåtrotation och plantigrad fotposition.

**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 15-30 ° [3] om möjligt och utåtrotation i höft 5-10 °.

**DOSERING:** Vid måltider, finmotoriska aktiviteter, interaktion och förflyttning. Upp till 6 timmar per dag [2].

### STÅENDE



Fortsätt med stående. Använd ett upprätt ståstöd som ger stöd framifrån eller bakifrån.

**STÖD:** Huvud, bål, armar (via en bricka), bäcken, knä (via remmar över och under knäet) och fot. Använd vid behov lutning för att ge stöd men uppmuntra huvudkontroll.

**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 15-30 ° [4, 6]. Undvik 0 ° höftabduktion [7].

**DOSERING:** Eftersträva 60-90 minuter per dag [3, 5].

### GÅENDE

Använd en gästol som ger stöd där barnet behöver det, dvs huvud, bål, bäcken, armar (via en bricka eller underarmstöd).

Fortsätt att gå med barn GMFCS IV. Om möjligt introducera promenader med barn GMFCS V.

**STÖD:** Ge vid behov stöd från huvudet nedåt, dvs huvud, bål, bäcken, armar (via bricka eller underarmstöd).

**HÖFTPOSITION:** Eftersträva fri aktiv rörlighet.

**DOSERING:** Utifrån barnets tolerans.

# Positionering för barn med cerebral pares GMFCS IV-V: med fokus på höftledhälsa

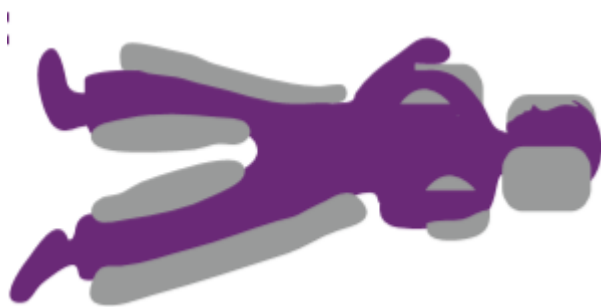
Om detta  
hjälpmedel

Positionering kan spela en roll i det förebyggande arbetet och behandlingen av höftlateralisering / höftledsluxation hos barn med cerebral pares, Gross Motor Function Classification System (GMFCS) [1] nivå IV-V. De kliniska rekommendationerna i detta verktyg är grundade på forskningsbevis som hänvisas till med referens (er) inom parentes. Detta verktyg förstärker klinisk praxis och ersätter inte klinisk bedömning, diskussion och utvärdering.

**VÄGLEDANDE PRINCIPER:** Eftersträva symmetri av bäcken, bål, nacke och huvud i alla positioner.  
Ändra position för att uppmuntra motorisk utveckling och rörelse.

## BARN / UNGDOMAR FRÅN 6 TILL RUNT 16 ÅRS ÅLDER, DÅ SKELETTET ÄR FULLVUXET

### RYGGLIGGANDE



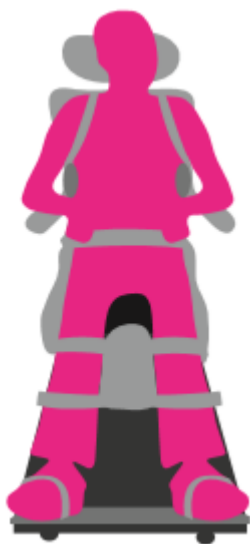
Använd positioneringskuddar, rullar, kilar och / eller positioneringsanordningar som håller sin form.  
**STÖD:** Vid bäcken, bål och huvud och stöd under lår och vader. Hämlarna kan vara fria eller understödda.  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 20 ° [5]; höftflektion 0–10 °; och utåtrotation i höft 5–15 °.  
**DOSERING:** Utifrån personens tolerans.

### SITTANDE



Fortsätt med sittutrustning på hjul.  
**STÖD:** Vid huvudet, bål, bäcken, lår och fötter. Forma kuddar och / eller sittsystem för att uppmuntra höftabduktion och utåtrotation och plantigrad fotposition.  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 15-30 ° om möjligt eller inom tillgängligt, bekvämt, passivt rörelsesområde; och höft utåtrotation 5-10 °.  
**DOSERING:** Vid måltider, finmotoriska aktiviteter, interaktion och förflyttning.

### STÅENDE



Fortsätt med stående.  
Använd ett upprätt ståstöd som ger stöd framifrån eller bakifrån.  
**STÖD:** Huvud, bål, armar (via en bricka), bäcken, knä (via remmar över och under knät) och fot. Använd vid behov lutning för att ge stöd men uppmuntra huvudkontroll.  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva höftabduktion 15-30 ° [4, 6]. Undvik 0 ° höftabduktion [7].  
**DOSERING:** Eftersträva 60-90 minuter per dag [3, 5].

### GÅENDE



Använd en gästol som ger stöd där personen behöver det, dvs huvud, bål, bäcken, armar (via en bricka eller underarmstöd).  
Fortsätt att gå med personer på GMFCS IV-nivå och om möjligt med personer på GMFCS V-nivå.  
**STÖD:** Ge stöd vid behov från huvudet nedåt, dvs huvud, bål, bäcken, armar (via bricka eller underarmstöd).  
**HÖFTPOSITION:** Eftersträva fri aktiv rörlighet.  
**DOSERING:** Utifrån personens tolerans.

## REFERENCES

1. Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E., & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39, 214-223.
2. Porter, D., Michael, S., & Kirkwood, C. (2008). Is there a relationship between preferred posture and positioning in early life and the direction of subsequent asymmetrical postural deformity in non ambulant people with cerebral palsy? *Child: care, health and development*, 35,5, 635-641
3. Poutney, T., Mandy, A., Green, E & Gard, P. (2009). Hip subluxation and dislocation in cerebral palsy – a prospective study on the effectiveness of postural management programmes. *Physiotherapy Research International*, 14 (2), 116-127
4. Paleg, G. S., Smith, B.A., & Glickman, L.B. (2013). Systematic Review and Evidence-Based Clinical Recommendations for Dosing of Pediatric Supported Standing Programs. *Pediatric Physical Therapy*, 232-247
5. Hankinson, J. & Morton, R.E. (2002). Use of a lying hip abduction system in children with bilateral cerebral palsy; a pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, 177-180
6. Martinsson, C., & Himmelmann, K. (2011) Effect of weight-bearing in abduction and extension on hip stability in children with cerebral palsy. *Pediatric Journal of Physical Therapy*, 23, 150-157
7. Dalen, Y., Saaf, M., Rignertz, H., Kelfbeck, B., Mattsson, E. & Haglund-Ackerlind, Y. (2010). Effects of standing on bone density and hip dislocation in children with severe cerebral palsy. *Advances in Physiotherapy*, 12, 187-19
- Tillagd ref. 8. Martinsson C., Himmelmann K. (2021) Abducted Standing in Children with Cerebral Palsy: Effects on Hip Development After 7 Years. *Pediatr Phys Ther.* Apr 1;33(2):101-107